Name: _____ Telefon: _____

Anschrift: _____

_____

Kassenzeichen/
Mandatsreferenz: _____

Amt Mitteldithmarschen
Fachdienst Finanzwirtschaft
Roggenstraße 14
25704 Meldorf

SEPA-Lastschriftmandat
Bitte nicht faxen oder mailen, da die Originalunterschrift benötigt wird.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE91ZZZ00000027043

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen wegen Erhebung von Steuern, Gebühren, Beiträgen, Mieten, Pachten oder Erbbauzinsen für

☐ das Kassenkonto/Objekt: _____

bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos bei der

_____ _____
Name der Bank/Sparkasse

DE __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ | __ __ __ __ __ __ __ __ | __ __ __
IBAN BIC

☐ abweichender Kontoinhaber: _____
Name und vollständige Anschrift

durch Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Amt Mitteldithmarschen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.
Mir ist bekannt, dass ich innerhalb von 8 Wochen – beginnend mit dem Belastungsdatum – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart

☐ Wiederkehrende Zahlung ☐ Einmalige Zahlung

(bitte Zutreffendes ankreuzen)

_____ _____
(Datum) (Unterschrift)